

ヒブ
小児用肺炎球菌
子宮頸がん予防

ワクチン予防接種実施依頼書申込書

申 込 日 平成 年 月 日

F A X
0 7 8 - 3 2 2 - 6 7 6 3

F A X
0 7 8 - 3 2 2 - 6 7 6 3

予防接種の種類 合計 () 枚 *あてはまるものを○で囲んでください	ヒブ初回免疫 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・追加免疫 小児用肺炎球菌初回免疫 (1 ・ 2 ・ 3) 回目・追加免疫 子宮頸がん予防 (1 ・ 2 ・ 3) 回目
接種を受ける人の氏名	(フリガナ) 男 ・ 女
生 年 月 日 *対象年齢を再度確認 お願いいたします	平成 年 月 日 (歳 か月)
住民票の住所 *できるだけ住民登録上の正確な住所を記載してください	〒 - 神戸市 区 TEL : () -
保護者の氏名	(父) (母)
理 由	①長期滞在 ②主治医のもと ③その他()
滞 在 先	〒 - 様方 TEL : () -
実施医療機関名 *必ずご記入ください	〒 - TEL : () -
送 付 先 *あてはまるものを○で囲んでください	住所地 ・ 滞在先 ・ その他 ()
備 考	

※枠内をもれなく記入後、神戸市保健所予防衛生課あて（下記）までFAXまたは郵送してください。到着後、約1週間程度でご指定の送付先に還付請求書類とともに予防接種実施依頼書を郵送いたします。（医療機関によっては実施できない場合がありますのであらかじめ御了知ください。）

神戸市保健所予防衛生課あて FAX:078-322-6763 または
〒650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1 神戸市保健所予防衛生課 結核・感染症係まで